

# Индивидуално лечение с класическа хомеопатия на оток на костния мозък на коляното: Представяне на 2 случая

Clinical Medicine Insights: Представяне на случаи  
Том 13:1-5  
© Авторът(ите)2020  
Насоки за използване на статията:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10. 1177/1179547620904896



Дионисис Цинцас<sup>1</sup>, Сима Махеш<sup>2</sup> и Джордж Витулкас<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Рехабилитационен център Амфилохия, Многопрофилна болница на ном Етолоакарнания, град Агринон, Гърция.

<sup>2</sup>Център за класическа хомеопатия, Бангалор, Индия. <sup>3</sup>Егейски университет, остров Лесбос, Гърция. <sup>4</sup>Международна академия по класическа хомеопатия, Алонисос, Северни Споради, Гърция

## АБСТРАКТ

**Предистория:** Отокът на костния мозък в областта на коляното е често срещана находка при ядрено-магнитен резонанс. Той представлява основен белег на много разнообразни възпалителни и невъзпалителни състояния, засягащи колянната става. Тези лезии са не само значителен източник на болка, но и са свързани с редица скелетно-мускулни патологии.

**ПРЕДСТАВЯНЕ НА СЛУЧАЯ:** Представяме 2 случая на оток на костния мозък на колянната става, лекувани с класическа хомеопатия. И в двата случая *Arnica montana* е избраното хомеопатично лекарство

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Резултатите от лечението са обещаващи и насърчават по-нататъшни изследвания в тази област.

**КЛЮЧОВИ ДУМИ:** *Arnica*, костен мозък, хомеопатия, коляно, оток

**ПОЛУЧАВАНЕ:** 4 декември 2019 г. **ПРИЕМАНЕ:** 6 декември 2019 г.

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА КОНФЛИКТ НА ИНТЕРЕСИ:** Авторът(ите) не декларира(т) потенциални конфликти на интереси във връзка с изследването, авторството и/или публикуването на тази статия

**ТИП:** Представяне на случай

**ФИНАНСИРАНЕ:** Авторът(ите) не е(са) получавал(и) финансова подкрепа за изследването, авторството и/или публикуването на тази статия

**АВТОР ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:** Дионисис Цинцас, Палиаули Амфилохияс, 30500, Амфилохия, Гърция. Електронна поща: dentsin@hotmail.com

## Въведение

Терминът "оток на костния мозък" (ОКМ) е въведен от Уилсън и колектив за да се опише недобре отграничени хиперинтезни зони на костния мозък в T2 (напречно време на релаксация) - усилени магнитнорезонансни изображения при пациенти, страдащи от болки в коленете и тазобедрените стави. Използван е специфичен термин поради "липсата на по-подходящ и за да се подчертае общият характер на състоянието".

Причината за първичния оток на костния мозък е все още неясна. Възможно е локален исхемичен епизод с различна етиология да дава началото на патогенетична верига, водеща до тази специфична костна патология.

Хипотетично, етиопатогенезата на заболяването може да включва (1) травма на костта (съдова, травматична, възпаление, метаболит), (2) увреждане на костта (повишено натоварване, повишено вътрекостно налягане, стресова микрофрактура), (3) ОКМ (компартмент синдром на повишено вътрекостно налягане) и (4) възстановителни механизми (когато функционират добре: бавно резорбиране, когато не работят: некроза на костта).<sup>3,4</sup>

Болката е преобладаващият симптом при тази патология. Тя се дължи на повишеното вътрекостно налягане (нормалното налягане е 20-30 mmHg), поради необичайно високото съдържание на течност в костномозъчните пространства.<sup>5</sup> Характерна е болката по време на механично натоварване и различна по интензивност болка през нощта. Наблюдава се също така болката в засегнатата област при почукване.

Магнитно-резонансната томография (МРТ) е златният стандарт за диагностициране на ОКМ. Обичайна находка е промененият сигнал на костния мозък, с висок сигнал на T2 и STIR (short-T1 inversion recovery) последователности, със или без нисък T1 (longitudinal relaxation time) сигнал.

Резултатите от резонанса могат да показват хистологично потвърден оток, но също така могат да съответстват на трабекуларна некроза, образуване на кисти, фиброза и хрущялна фрагментация.<sup>6</sup>

Диференциалната диагноза включва няколко патологии: травматични контузии, фрактури, костни кисти, инфилтриран костен мозък, развитие на хондрални лезии, фрактури поради субхондрална остеоопороза и, разбира се, истинска остеонекроза.<sup>6</sup>

Лечението на ОКМ се определя в зависимост от причината и размера на костната некроза. При остеонекротични зони над 40% до 50% от кондила на бедрената кост или големия пищял) и лезия, по-голяма от 5 cm<sup>2</sup>, обикновено водят до колапс, изискващ колянна артропластика.<sup>7</sup> От друга страна, при лезиите със среден размер (3,5-5 cm<sup>2</sup>) може и да се наблюдава обратно развитие, докато по-малките лезии (<3,5 cm<sup>2</sup>) най-вероятно ще се резорбират при консервативно лечение.<sup>8</sup>

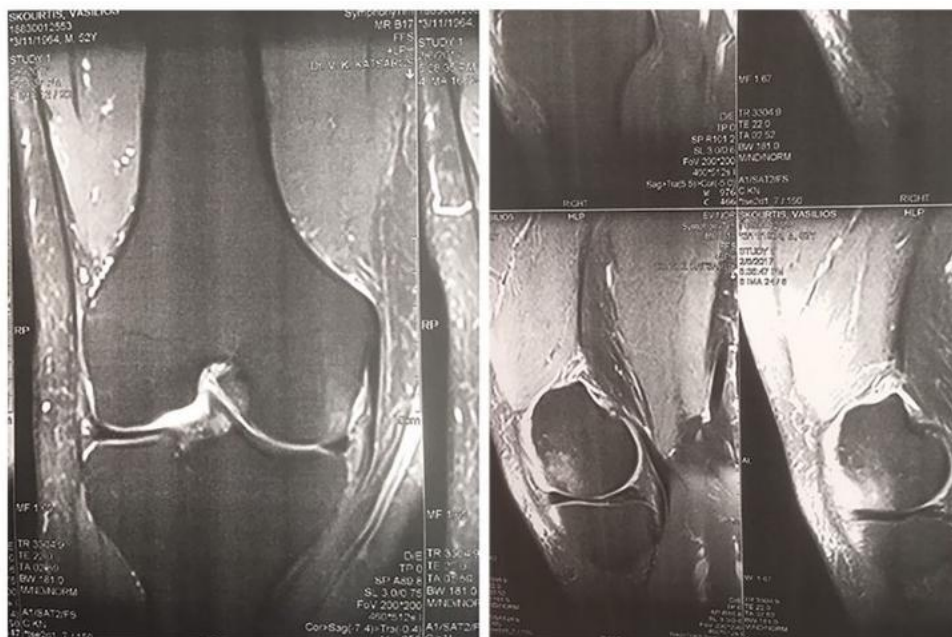
Консервативното лечение включва обезболяващи медикаменти, нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС), намалено натоварване за период от 3 до 8 месеца, заедно с физиотерапия, в зависимост от симптомите на пациентите и рентгенологичните находки. Терапията с импулсни електромагнитни полета изглежда има обещаващи резултати за намаляване на болката и некротичната зона след 6 месеца.<sup>9</sup> Простациклините и бифосфонатите са две групи медикаменти, които се използват при лечението на ОКМ. Те имат различни механизми на действие и затова могат да се прилагат едновременно с благоприятен ефект.

Хирургичното лечение се прилага в късните етапи, включва пробиване, стабилизиране на фрагмента, кюретаж, комбиниран с пробиване, и на последно място остеохондрална или хондроцитна трансплантация.<sup>5</sup>



Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: Тази статия се разпространява съгласно условията на Creative Commons за некомуерсиално използване 4.0 лиценз (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), който позволява некомуерсиално използване, възпроизвеждане и разпространение на произведението без допълнително разрешение, при

условие че оригиналната работа е посочена, както е посочено на страниците на SAGE и Open Access (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).



**Фигура 1.** Магнитно-резонансна томография на първия пациент при първата консултация.

Хомеопатията, "енергийната медицина", е клон на медицинската наука, основаващ се на принципа, че болестта може да бъде излекувана чрез укрепване на защитния механизъм на организма с помощта на вещества, подбрани заради техните енергийни свойства. Хомеопатията е създадена през 19 век от д-р Самуел Ханеман, хомеопатията произлиза от гръцките думи "хомео" и "патос", което означава "подобно страдание".<sup>10</sup> Доколкото ни е известно, това е първата публикувана поредица от случаи, описваща лечение с класическа хомеопатия на ОКМ на коляното.

### Случай № 1

Пациентът е 55-годишен мъж, който от 3 месеца се оплаква от болка и подуване на дясното коляно. Той е много активен, работи като учител по традиционни гръцки танци и си спомня за торзионна травма на дясното коляно преди известно време. Колянната става е подута, болезнена при пълна флексия и особено при почукване на медиалния бедрен кондил. Той ходи с леко накуцване и почти не може да тича или танцува.

Магнитно-резонансната томография показва руптура 2-3 степен на задния рог на медиалния менискус, заедно с обширна ОКМ на предната част на медиалния бедрен кондил, заемаща 40 % (Фигура 1). На пациента е предложено да се подложи на артроскопия за травмата на менискуса, но той не е склонен. Консервативното лечение, предложено на пациента, включваше намалено натоварване за поне 8 седмици, заедно с физиотерапия и НСПВС. Противовъзпалителните лекарства са изключени поради дългогодишната хипертония като той не желае да се откаже от преподаването на танци, дори за няколко седмици.

Схемата на лечение, която се съгласихме да следваме, беше физиотерапия и класическа хомеопатия.

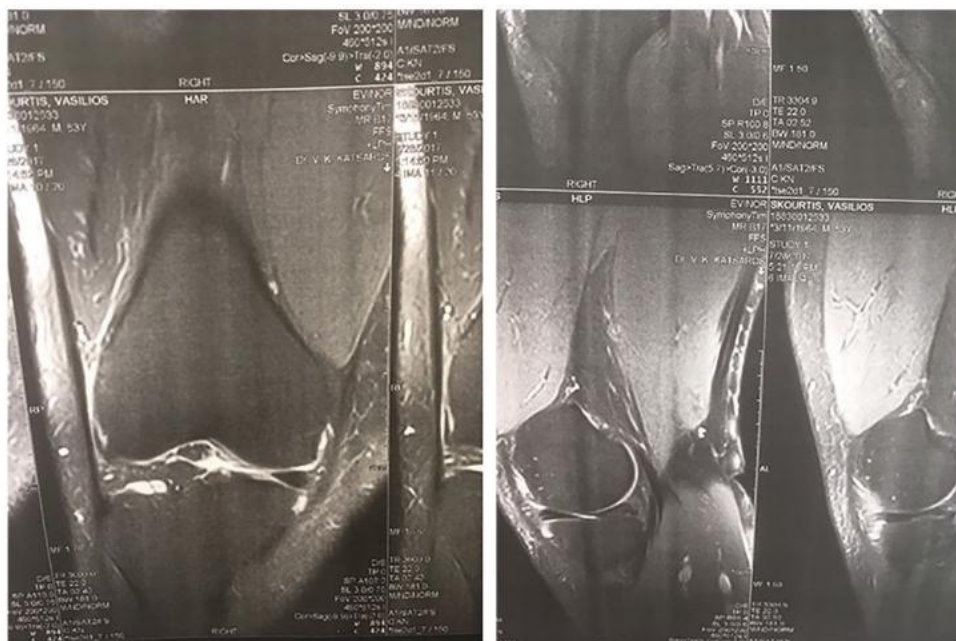
с цел запазване на обхвата на движенията на коленната става и функцията на четириглавия мускул на бедрото. Направена е реперторизация на случая с *Vithoukas Compass 2.3*. Предписана е *Arnica Montana*. Пациентът беше сравнително здрав, като принадлежеше в група Б според теорията на Витулкас за нива на здраве<sup>11</sup>, така че бе предписана потенция 200СН, като първоначално бе дадена 1 капсула, а следващите дози бяха съобразени с симптомите при проследяванията (още 4 дози от лекарството бяха необходими).

През следващите два месеца се наблюдаваше бавно, но стабилно подобрене на симптомите на пациента, въпреки постоянното натоварване на коляното. След три месеца пациентът вече не изпитваше болка и се върна към предишното си натоварване без никакви ограничения. Пет месеца след първия ЯМР бе направено ново изследване, което показва, че ОКМ на медиалния кондил на бедрената кост беше напълно изчезнал при непроменена травма на менискуса (фигура 2). Останахме много доволни от резултата и изписахме пациента.

### Случай № 2

Вторият пациент е 56-годишна жена, собственик на супермаркет, която страдеше от силна болка в лявото коляно от поне 3 месеца. Нямаше анамнеза за травма и симптомите се влошаваха бързо. При пристигането си в клиниката пациентката ходеше със силно накуцване. Имаше видим оток на лявата колянна става с ограничена флексия до 60°. При почукване на латералния кондил на бедрената кост реагира със силна болка, както и се оплакваше от силна нощна болка.

Магнитно-резонансната томография на коляното показва обширен ОКМ, заемащ почти целия на латералния кондил на фемура с област на остеонекроза на латералния му част. На латералния тибиялен кондил според магнитно-резонансната томография също има начални признаци на ОКМ (фигура 3).



Фигура 2.Пет месеца след лечението.



Фигура 3.МРТ на втория пациент при първата консултация.

Въз основа на горепосочените клинични и рентгенологични находки<sup>5,7</sup> се реши, че хирургичното лечение е подходящо, но пациентката отказа и трябваше да предложим консервативно лечение, състоящо се от облекчено натоварване и физиотерапия. Поради миналата анамнеза за пептична язва с кръвоизлив, тя не беше подходяща за лечение с НСПВС или бифосфонати. След успешното лечение на първия пациент предложихме класическа хомеопатия, която тя прие с желание. *Arnica montana* беше лекарството, избрано след реперторизация на случая. Първоначално избраната потенция беше 200СН, последвана от ежедневни дози от 30СН.

Пациентката не спазва препоръчаниято ѝ ненатоварване - заяви, че не може да не работи в супермаркета, но вместо това използваше коленна ортеза.

През следващите 3 месеца тя провеждаше физиотерапия успоредно с хомеопатията, като от време на време приемаше неопиоидни аналгетици (парацетамол). Клиничното ѝ състояние бавно се подобряваше.

Три месеца след първоначалното ЯМР сканиране се пристъпи към контролно сканиране (Фигура 4). ОКМ на бедрената кост нарастна, като обхвана цялата латерален кондил на бедрената кост и латералната част на медиалния бедрен кондил, а зоната на остеонекроза на латералния бедрен кондил се увеличи по размер. От друга страна ОКМ на латералния тибиален кондил напълно изчезна. Общата клинична картина на пациента по отношение на болката и подвижността беше по-добра. Въз основа на тези резултати ние настоятелно препоръчавме оперативно лечение.



Фигура 4. Три месеца след лечението.

Пациентката се подложи на артроскопия с пробиване на бедрените и тибиялните кондили. Интраоперативно, за разлика от много мекото усещане на бедрения кондил, тибиялният кондил бе с определено твърдо усещане по време на пробиването. Следоперативното лечение включваше ненатоварване за 1 месец, последвано от частично натоварване за още един месец. На 6 месеца след процедурата е планирано контролно ЯМР изследване.

#### Дискусия

След въвеждането на магнитно-резонансната томография в клиничната практика костномозъчните лезии станаха основен белег на много различни възпалителни и невъзпалителни заболявания, засягащи мускулно-скелетната система. Eriksen<sup>12</sup> предложи изчерпателна класификация на причините за тези лезии: (1) травма: фрактура, локална преходна остеопороза, остеохондрални травми; (2) дегенеративни лезии: остеоартрит; (3) възпалителни лезии: възпалителни артропатии и ентезити; (4) исхемични лезии: аваскуларна некроза, синдром на хроничната локална болка, сърповидноклетъчна анемия; (5) инфекциозни лезии: остеомиелит; (6) метаболитни/ендокринни лезии: болест на хидроксиапатитно отлагане, подагра; (7) ятрогенни лезии: хирургия, лъчетерапия, имunosупресори (глюкокортикоиди, циклоспорин), цитостатици. Докато първият ни пациент изглежда принадлежи към категорията на травмите, При втория по-сериозен случай не успяхме да открием категорична причина.

Лечението с ненатоварване или частично натоварване изглежда е златен стандарт за това състояние. Физиотерапията заедно с екстракорпорална терапия с ударни вълни осигурява значително облекчаване на болката и функционално подобрене. Фармацевтичните възможности включват използването на бифосфонати, простагландинови деривати и инхибитори на тумор некротизиращ фактор (TNF).<sup>12</sup>

И двамата ни пациенти не спазваха препоръчаното намалено натоварване в продължение на поне 8 седмици, като заявиха, че са задължени да продължат своите ежедневните дейности. Като имахме предвид благоприятните резултати от лечението на различни мускулно-скелетни патологии с помощта на класическа хомеопатия, ние им предложихме тази възможност за лечение.

Brinkhaus et al<sup>13</sup> съобщават, че при включване на *Arnica montana* при пациенти, подложени на операция на коляното, се наблюдава намаляване на постоперативния оток в сравнение с пациентите, получаващи плацебо. Tveiten и Brusset<sup>14</sup> съобщават, че *Arnica montana* в потенция D30 има положителен ефект при мускулната треска, но не и върху клетъчните увреждания, измерени чрез ензими. Още по нови проучвания на Sarkar et al<sup>5</sup> сочат, че хомеопатичното лекарство *Guaiacum officinale* притежава антиревматична и антиоксидантна активност при експериментален животински модел и тези активности могат да бъдат значими при по-високи потенции. От друга страна, Koley и колектив<sup>16</sup> в двойно-сляпо рандомизирано плацебо-контролирано проучване, оценяващо индивидуализираната хомеопатия при овладяване на болката при остеоартрит на коляното (с използване на различни хомеопатични средства - *Bryonia alba*, *Rhus toxicodendron*, *Calcarea carbonica*, *A montana* u *Natrum muriaticum*), не откриват открити статистически значими разлики на хомеопатичното лечение в сравнение с плацебо.

*Arnica montana* е широко разпространено лечебно растение, което се използва традиционно за лечение на разнообразни заболявания. Тя има значителна противовъзпалителна, антиостеоартритна, антиостеопоротична и антихеморагична активност, показва значим антиоксидантен и протективен ефект, подобрява кръвообращението и има също така аналгетични свойства<sup>17</sup>. Хомеопатичното лекарство *Arnica montana* според Витулкас е показано, когато:

част от тялото е натъртена, с усещане за болка...Това може да се получи от нараняване, но и от други причини, като пренапрежение на орган, натоварване или остро заболяване.<sup>18</sup>

Първият случай е с отличен резултат, както клиничен, така и рентгенологичен. След като е получил всъщност само хомеопатично лечение почти без предпазване от натоварване, след 4 месеца пациентът не изпитваше болка, а ЯМР изследване 5 месеца след първоначалното лечение показва, че ОКМ на феморалния кондил почти е изчезнал (фигура 2).

Вторият случай, разбира се, е различен. Хирургичното лечение е предложено на пациента още при първия преглед в клиниката, тъй като ОКМ на бедрения кондил е обширна и вече е налице остеонекроза на кондила. Въпреки това пациентката реши да избере хомеопатично лечение с минимално предпазване от натоварване. Второто изследване с ЯМР 3 месеца след първото показва, че пораженията на бедрените кондили се увеличават, но интересното е, че засягането на тибиялните кондили, видими при първото изследване, почти са изчезнали (фигура 4). Остеонекрозата на бедрените кондили, която е трайно органично увреждане, представлява много трудно физическо препятствие, почти невъзможно за лечение с класическа хомеопатия.<sup>10</sup> Така че всъщност не считаме случая за хомеопатичен неуспех, тъй като тибиялният кондил е спасен, а всъщност е спасена и същинската става, тъй като включването на некроза и на латералния тибиялен кондил би означавало, че пациентът най-вероятно ще се нуждае от тотална колянна артропластика.

### Заклучения

Нашият опит от горните два случая показва, че индивидуалното лечение с класическа хомеопатия определено има място в лечението на често срещаното, но трудно лечимо състояние на ОКМ на коляното. Необходими са изследвания с повече случаи, за да се докаже ефективността на този терапевтичен метод.

### Бележка на авторите

Работата по статията се осъществи в Международната академия център по класическа хомеопатия, Алонисос, Гърция.

### Приноси на авторите

Основната информация за случая е предоставена от Д-р Дионисис Цинцас. Редакцията е осъществена от д-р Сима Махеш. Статията е оформена под ръководството на Джордж Витулкас.

### Съгласие на пациента

Пациентите са дали съгласието си за публикуване на подробни данни за техните случаи и образни изследвания.

### ORCID iDs

Дионисис Цинцас <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438>

Сима Махеш <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

### БИБЛИОГРАФИЯ

1. Wilson AJ, Murphy DA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis transient bone marrow oedema? *Radiology* 1989;171: 135-140.
2. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:785-792.
3. Trevisan C, Orolani S, Monteleone M, Marinoni EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2002;21: 418-425.
4. Elder GJ. From marrow oedema to osteonecrosis: common paths in the development of post-transplant bone pain. *Nephrology (Carlton)*. 2006;11: 560-567.
5. Hofmann S, Kramer J, Vakil-Adli A, Aigner N, Breitenseher M. Painful bone marrow edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Orthop Clin North Am*. 2004;35: 321-333, ix.
6. Kon E, Ronga M, Filardo G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24: 1797-1814.
7. Mont MA, Marker DR, Zywielski MG, Carrino JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19:482-494.
8. Karim AR, Cherian JJ, Jauregui JJ, Pierce T, Mont MA. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann Transl Med*. 2015;3:6.
9. Marchegiani M, Muccioli GM, Grassi A, Serti S, et al. Conservative treatment of spontaneous osteonecrosis of the knee in the early stages: pulsed electromagnetic fields therapy. *Eur J Radiol*. 2013;82: 530-537.
10. Vithoulkas G. *The Science of Homeopathy* 6th ed. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2012.
11. Vithoulkas G. *Levels of Health The Second Volume of the Science of Homeopathy*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
12. Eriksen EF. Treatment of bone marrow lesions (bone marrow edema). *Bonekey Rep*. 2015;4:755.
13. Brinkhaus B, Wilkens JM, Ludtke R, et al. Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomized double-blind trials. *Complement Ther Med*. 2006;14:237-246.
14. Tveiten D, Brusletto S. Effect of Arnica D30 in marathon runners. Pooled results from two double-blind placebo-controlled studies. *Homeopathy*. 2003;92: 187-189.
15. Sarkar A, Datta P, Das AK, Gomes A. Anti-rheumatoid and anti-oxidant activity of homeopathic Guaiacum officinale in an animal model. *Homeopathy*. 2014;103: 133-138.
16. Koley M, Saha S, Ghosh S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee osteoarthritis. *J Evid Based Complement Altern Med*. 2015;20: 186-191.
17. Kriplani P, Guarve K, Baghael U. Arnica Montana L.—a plant of healing: review. *J Pharm Pharmacol*. 2017;69:925-945.
18. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*, vol. 3. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2006.